LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Note sur une tumeur ulcérée du sein, de diagnostic difficile, par le Dr Dhomont, p. 401. — Diagnostic d'une déviation douteuse de la colonne vertébrale dans un cas de rachitisme avec urticaire dermographique, par M. Roubinowitch, p. 403. — **Bibliographie** : Le traitement de la tuberculose et la cicatrisation des processus tuberculeux, p. 404. — **Revue de la presse** : Le muscle dilatateur de la pupille chez les mammifères, p. 405. — **Académie des sciences** : *Séance du 19 juin 1899. — Présidence de* M. Van Tieghem. — Note sur la toxicité urinaire chez les enfants et dans l'appendicite en particulier, p. 406. — Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets thérapeutiques du sérum antidiphtérique, p. 407. — **Académie de médecine** : *Séance du 27 juin. — Présidence de* M. Panas, p. 407. — Traitement chirurgical de certains pieds bots paralytiques par la greffe anastomotique tendineuse ou musculaire, p. 407. — Eaux minérales, p. 408. — Election, p. 408. — De l'action thérapeutique des courants de haute fréquence dans l'arthritisme, p. 408. — Vomissements hystériques incoercibles et crises cataleptiques concomitantes jugulés par procédé hystéro-clasique à l'aide de la compression permanente du point cardiaque ou de points hystéroclasiques de même énergie, p. 409. — Les vacances de l'Académie, p. 409. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 23 juin. — Présidence de* M. Raymond. — Mort subite dans un cas de confusion mentale avec surcharge graisseuse du cœur, p. 409. — Abcès sous-cortical du cerveau, p. 409. — Causes de l'urémie convulsive. p. 409. — Adénite iliaque et phlegmatia du membre inférieur consécutives au chancre mou, p. 410. — Paralysie générale infantile ayant simulé l'idiotie, p. 410. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 24 juin 1899. — Présidence de* M. Jullien. p. 410. — Rapport sur la communication de E. Albert Loup, candidat au titre de membre associé résidant, p. 410. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 24 avril 1899. — Présidence de* M. Richardière. p. 412. — Les malades aisés dans les hôpitaux et l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens, p. 412. — **Société de chirurgie** : *Séance du 28 juin 1899. — Présidence de* M. Pozzi, p. 414. — Traitement des hémorrhoïdes, p. 414. — Difformité causée par une luxation et une fracture de la clavicule guérie par une résection de cet os, p. 414. — Traitement des hématocèles, p. 415. — **Nouvelles**, p. 415.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur une tumeur ulcérée du sein, de diagnostic difficile,

par le Dr Dhomont.

La malade dont je vais rapporter l'histoire est atteinte, depuis huit ans, d'une affection singulière du sein. Elle a été vue, pendant cette longue période, par plusieurs confrères appelés en consultation ou venus pour me remplacer, quand j'étais absent et qui tous ont trouvé le cas bizarre et ont émis des diagnostics différents, mais peu affirmatifs.

J'ai pu moi-même l'examiner très régulièrement et suivre, pour ainsi dire jour par jour, les phases de sa maladie.

Bien qu'elle soit arrivée actuellement à une période où le diagnostic ne paraît plus douteux, j'ai cru que son observation pourrait encore présenter quelque intérêt, tant par le caractère exceptionnel de la lésion que par sa durée prolongée.

Je vais donc la relater brièvement, je dirai ensuite quelques mots du diagnostic.

En janvier 1888, c'est-à-dire environ trois ans avant le début de sa tumeur du sein, Mme X., âgée à cette époque de 38 ans, me prie de lui donner des soins pour une toux dont elle est atteinte depuis plusieurs mois. Cette toux est quinteuse, fréquente, suivie d'envies de vomir et parfois même de véritables vomissements. L'expectoration est muco-purulente, assez abondante. L'état général est très bon, la menstruation régulière, l'appétit et l'embonpoint sont conservés ; jamais d'hémoptysie. Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille; trois enfants bien portants, deux autres sont morts, en bas âge, de maladies accidentelles. Aussi ne suis-je pas peu étonné de trouver, dans la fosse sus-épineuse gauche, des signes évidents d'une excavation pulmonaire : râles à grosses bulles, souffle cavernuleux, pectoriloquie de la voix timbrée, mais pas de pectoriloquie aphone. Le reste du poumon gauche paraît sain, ainsi que le poumon droit.

Je revois la malade à maintes reprises pendant les années suivantes, l'apyrexie est presque complète ; de temps à autre, cependant, il y a une légère élévation de température le soir, puis tout rentre dans l'ordre.

L'état général reste bon, quoique l'excavation du poumon gauche s'étende un peu. La malade suit son traitement basé sur l'emploi des toniques (arséniate de soude, phosphate de chaux), de balsamiques (créosote, puis gaïacol) et de quelques calmants de la toux.

Ce n'est que dans le courant de l'année 1891 qu'elle me prie d'examiner son sein droit qui est le siège d'une tuméfaction indolente dont elle s'est aperçue, par hasard, depuis quelque temps. Je trouve, en effet, en dehors du mamelon, une tumeur du volume d'un petit œuf, un peu bosselée, de consistance uniformément ferme, mais non ligneuse, à limites assez mal définies. La peau, de coloration normale, présente à son niveau les petites dépressions qui lui donnent l'aspect de la pelure d'orange ; il y a donc adhérence de ce côté, mais la tumeur paraît libre sur le pectoral immobilisé. Aucun ganglion engorgé dans l'aisselle, ni dans les creux sus et sous-claviculaire. Le mamelon n'est pas rétracté et n'est, à aucun moment, le siège d'un écoulement.

La malade a eu, comme je l'ai dit, cinq enfants et en a nourri trois elle-même (la dernière, il y a douze ans).

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

Mon indécision est grande alors : Faut-il opérer ? Chez une malade ordinaire, l'ablation large du sein malade se fût imposée, mais chez une femme atteinte de graves lésions pulmonaires, n'y a-t-il pas lieu de redouter les conséquences d'une chloroformisation un peu longue et du choc opératoire ?

Je propose une consultation qui est acceptée. Le chirurgien des hôpitaux qui veut bien venir me donner son avis ne se prononce pas sur la nature de la tumeur et dit n'avoir jamais rien vu de semblable. Quant à l'excavation pulmonaire, il en fait une dilatation bronchique, à cause de la conservation prolongée du bon état général. Il déconseille l'opération, m'engage à continuer l'arsenic à l'intérieur et à appliquer des emplâtres de Vigo sur le sein.

Au commencement de l'année 1892, c'est-à-dire neuf ou dix mois après le début constaté de la tumeur, la peau du sein, qui est devenue de plus en plus adhérente à la masse sous-jacente, s'ulcère sur une surface de la dimension d'une lentille. Un très léger suintement séreux s'établit en ce point, mais à aucun moment, il n'y eut évacuation de pus. En même temps, le mamelon paraît s'enfoncer dans l'épaisseur de la mamelle, son extrémité est bien moins saillante qu'autrefois et que du côté opposé.

Je panse l'ulcération avec de la poudre fine d'iodoforme, mais sans aucun succès. Après quelques semaines de ce traitement, la malade, incommodée par l'odeur de l'iodoforme et constatant que la plaie tend plutôt à s'étendre, en dépit de son application, me prie de le remplacer par un autre topique. Je conseille le salol, mais il faut y renoncer après quelques jours à cause d'un érythème de tout le sein.

J'essaie alors, mais sans plus de bonheur, les antiseptiques humides (sublimé, eau boriquée). Le traumatol, que j'expérimentai par la suite, ne donna pas de meilleurs résultats. De guerre lasse, la malade finit par se panser avec de la vaseline et de la poudre d'amidon.

Sur ces entrefaites, c'est-à-dire en juin 1892, survient un événement qui mérite d'être relaté ici, bien qu'il ne concerne pas directement la malade elle-même. Son fils aîné, âgé de 20 ans, me fait appeler pour une orchite dont il attribue la cause à un coup, mais que la suite montre bien être d'origine tuberculeuse : épanchement séreux dans la tunique vaginale, puis ramollissement de l'épididyme et enfin, fistules multiples en ce point, donnant accès dans un grand foyer désorganisé. Un moment, je songe à la castration, mais je me décide à faire, sous le chloroforme, avec l'assistance d'un confrère, de larges débridements et des cautérisations ignées au thermocautère dans tous les trajets fistuleux. Puis pansement iodoformé. Je passe sur les détails. La cautérisation dut être renouvelée deux mois plus tard et, en novembre 1892, soit six mois après le début de l'affection, toute suppuration était tarie, le scrotum reprenait un aspect normal en dépit des larges pertes de substance qu'il avait subies et l'état général du jeune homme devenait des plus florissants. La guérison s'est maintenue et mon opéré, qui s'est marié récemment, continue à jouir d'une excellente santé.

Je reviens à ma malade.

En mars 1893, nouvel incident pathologique : un petit abcès froid se développe au niveau de la 4e côte gauche, au voisinage du sternum. Injections d'éther iodoformé. Malgré ce traitement, en deux mois la collection atteint la dimension d'une noix et s'ouvre à l'extérieur. Le stylet introduit par l'orifice indique que la côte est dénudée sur une petite étendue. Anesthésie locale par la cocaïne, agrandissement de l'orifice au bistouri, puis tentative de grattage avec la curette, mais la sensibilité n'est pas bien éteinte, la malade résiste et l'opération reste incomplète. Injections et pansements antiseptiques. Après cinq ou six mois, le suintement, qui est devenu séreux, se tarit petit à petit et la cicatrisation est obtenue.

Malgré cet accident, malgré son excavation pulmonaire et son ulcération du sein qui s'élargit notablement, l'état général de la malade était resté satisfaisant, à tel point qu'un de mes confrères, médecin distingué, qui la vit à ma place, il y a sept ou huit mois, refusa d'en faire une tuberculeuse et crut à des gommes syphilitiques du poumon et du sein. Je dois dire que jusque-là je n'avais pu obtenir de Mme X... qu'elle donnât de ses crachats à examiner au point de vue bactériologique. Je finis par en recueillir et le microscope y décéla la présence d'assez nombreux bacilles de Koch. — Au reste, et à peu près depuis cette époque, à la suite d'émotions morales pénibles, sa santé est beaucoup moins satisfaisante, elle a énormément maigri, la fièvre est très fréquente, le soir, l'appétit et les forces ont décliné. L'état des poumons est à peu près le même qu'il y a onze ans, mais l'ulcération du sein a pris de grandes proportions (7 centimètres sur 4) et a détruit, en l'attirant, cet organe presque entier ; il ne reste plus que quelques lobules de la glande, le mamelon a disparu.

La plaie a l'aspect d'une brûlure profonde, en voie de granulation. Elle est d'un rouge pâle, avec quelques traînées jaunâtres. Les bords en sont assez nets, non décollés et, tout alentour, on remarque un froncement de la peau qui complète encore la ressemblance avec une ancienne brûlure. Le suintement est séro-purulent, assez abondant. Aucun ganglion lymphatique engorgé dans l'aisselle ni dans les creux sous et sus-claviculaires.

Voilà donc un cas assez rare d'une tuberculose pulmonaire à marche extrêmement lente, mais ce qui me paraît surtout intéressant ici, c'est le diagnostic de la tumeur du sein.

De quoi s'agit-il ?

Au début on pouvait penser à un *épithéliome*; mais d'abord la coexistence, chez une même malade, d'une tuberculose et d'une tumeur épithéliale serait une véritable

rareté pathologique. De plus cette tumeur a commencé à s'ulcérer, il y a sept ans, ce n'est donc plus à un simple épithéliome que nous aurions affaire, mais à un véritable carcinome, c'est-à-dire à un épithéliome en voie d'évolution et ayant envahi le tissu conjonctif ; or un carcinome ulcéré donnerait un ichor fétide et de l'engorgement ganglionnaire, phénomènes qui n'existent pas ici ; de plus il y aurait eu un retentissement bien plus rapide sur la santé générale.

Donc ce n'est pas un épithéliome.

Serait-ce un *sarcome* ? Le sarcome du sein peut bien, il est vrai, mettre à évoluer dix ans et plus, mais alors il devient énorme, gros comme une tête de fœtus parfois. Au moment de l'ulcération, un liquide séreux ou sanguinolent s'écoule tout à coup si on a affaire à un sarcome kystique, sinon la tumeur fait saillie à travers les lèvres de l'ouverture, sous forme d'une masse rougeâtre, saignant facilement. Les bords de la plaie sont amincis, sans aucune adhérence à la tumeur. C'est tout le contraire que nous observons.

Eliminons par conséquent le sarcome.

Pendant un certain temps je me suis demandé s'il ne s'agissait pas de la maladie que Boissier de Sauvage a décrite le premier sous le nom de *cancer vérolique de la mamelle*. Rien, il est vrai, dans les commémoratifs, ni dans les antécédents personnels ou héréditaires de la malade, n'indiquait une syphilis ancienne, néanmoins l'idée de gomme du poumon et du sein me hanta pendant quelque temps. Je crois qu'actuellement ce diagnostic ne pourrait plus être soutenu : jamais nous n'avons vu, au niveau de la tumeur, la peau présenter la coloration bronzée spéciale, jamais nous n'avons constaté d'engorgement ganglionnaire. De plus une gomme qui s'ulcère laisse écouler tout à coup une certaine quantité de liquide; enfin, en l'absence même de tout traitement spécifique, la gomme tend à se cicatriser.

Ce n'est donc pas davantage une lésion syphilitique du sein.

Je ne parle que pour mémoire de *l'actinomycose*, maladie rare qui se serait révélée par la présence des grains jaunes spéciaux dans le pus.

Je ne vois donc plus que la tuberculose à incriminer et je crois que c'est le seul diagnostic possible. Seulement ce n'est pas une forme classique de bacillose mammaire. Dubar, dont la thèse fait autorité en la matière, signale deux formes de tuberculose du sein : l'une disséminée et l'autre confluente, mais qui ont pour caractère commun de mener à la caséification de la ou des tumeurs et de former une poche purulente qui se vide à l'extérieur comme un vulgaire abcès froid. Ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées chez ma malade: A aucun moment il n'y a eu ramollissement ni collection liquide ; la peau s'est ulcérée sur un petit point qui s'est peu à peu agrandi, parce qu'elle a été envahie par la tumeur sous-jacente.

Je ne me dissimule pas que, pour être complète et entraîner la conviction absolue, mon observation manque d'un contrôle important : l'examen microscopique et bactériologique de la tumeur et de ses sécrétions — et l'inoculation à des animaux.

Il m'a été impossible d'obtenir de ma malade, très frappée de sa situation et peu disposée à se prêter à des expériences, les échantillons qui m'auraient été nécessaires pour la vérification par le laboratoire.

Diagnostic d'une déviation douteuse de la colonne vertébrale dans un cas de rachitisme avec urticaire dermographique (1).

Par MM. Roubinovitch et Montalescot.

(*Avec présentation d'épreuves radiographiques et photographiques*).

J'ai reçu dernièrement, dans mon service de l'Asile du Sauvetage de l'Enfance, une petite fille âgée de 11 ans, Georgette S... qui m'arrivait de l'hôpital de Lurcy-Lévy, où elle avait été traitée par le Dr Montalescot. C'est au nom de ce confrère que j'ai l'honneur de vous faire la présente communication.

L'attention de M. Montalescot fut attirée sur cette enfant par une religieuse de l'hôpital qui s'était aperçue que l'omoplate gauche faisait une saillie un peu plus considérable que l'omoplate droite.

M. Montalescot examina la colonne vertébrale et répéra toutes les pointes apophysaires sans pouvoir reconnaître avec certitude les symptômes d'une courbure anormale. Les procédés ordinaires d'exploration ne suffisant pas pour donner une idée exacte de la situation, notre confrère radiographia l'enfant, du cou au diaphragme, et voici l'épreuve qu'il a bien voulu m'adresser.

Cette radiographie a été faite à Lurcy-Lévy avec l'ampoule Séguy actionnée par un transformateur de 20 centimètres d'étincelle. Sur la photographie on voit très nettement la colonne vertébrale légèrement incurvée en arc. Le diagnostic d'un commencement de scoliose à convexité gauche se trouve ainsi établi. Outre cette incurvation latérale, la colonne vertébrale présente ici un léger degré de torsion sur elle-même : en effet, on remarque sur l'épreuve radiographique une bande plus sombre qui, partant de la troisième côte, descend à gauche le long de la colonne vertébrale ; cette ligne sombre est due aux crêtes apophysaires invisibles sur les vertèbres cervicales et apparentes dans la région dorsale par suite du mouvement de torsion du rachis.

Dans ce cas, la scoliose est nettement d'origine scrofuleuse, rachitique. Les os, très pauvres en phosphate calcaire, ont conservé chez cette enfant une élasticité gélatineuse assez prononcée. C'est ainsi que les doigts peuvent être ramenés à plus de 45° sur le dos de la main, presque en anse de panier. Il faut ajouter que la petite S... présente en plus un état névropathique se ma-

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris.

nifestant principalement par une hyperexcitabilité vaso-motrice de la peau. Le moindre contact avec une pointe mousse détermine sur sa peau des élevures urticariennes reproduisant la traînée faite avec la pointe. Par moment on provoque ainsi simplement une traînée rouge sans saillie, le dermographisme plan de M. Barthélemy. L'urticaire produit persiste assez longtemps : six à huit heures. J'ai pu photographier l'enfant portant des traînées d'urticaires sur la poitrine. Cet état urticarien de la peau se manifestant chez une enfant rachitique n'a en soi rien de surprenant, car cette hyperexcitabilité vaso-motrice indique simplement un système nerveux mal nourri, affaibli comme le reste de l'organisme. L'enfant appartient d'ailleurs à une famille extrêmement tarée : le père est un alcoolique dangereux, la mère est une ivrognesse, une sœur de 20 ans s'est rendue coupable d'un vol et se trouve actuellement à la Maison correctionnelle de Rouen ; une autre sœur, âgée de 17 ans, est internée à Villejuif pour débilité mentale avec altération du sens moral.

En somme, dans le cas de la petite S... on voit se développer, sur un terrain d'alcoolisme héréditaire, un trouble général de la nutrition se manifestant brusquement par un commencement de scoliose rachitique et par de l'urticaire dermographique.

Ajoutons pour mémoire que l'enfant a une intelligence particulièrement faible.

C'est cet ensemble clinique qu'il a paru intéressant à M. Montalescot de vous signaler.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement de la tuberculose et la cicatrisation des processus tuberculeux, par le Dr Albert Landerer, professeur de chirurgie, médecin en chef de l'hôpital de Stuttgart, traduction par le Dr J. Alquier avec 13 phototypies et 30 fig. Paris, librairie J. B. Baillière et fils, 1899.

On tend aujourd'hui à faire du traitement de la tuberculose un peu trop exclusivement une question d'hygiène ; on néglige quelque peu le traitement médicamenteux sous prétexte qu'on n'a pas encore trouvé un spécifique certain. Aussi croyons-nous qu'il faille savoir gré aux chercheurs qui ont persévéré dans leurs tentatives et se sont efforcé de munir la thérapeutique de moyens qui, pour n'être pas absolument sûrs, ont cependant une certaine valeur contre la tuberculose. Landerer est un de ces chercheurs qui ne désarment pas. Depuis seize ans il a perfectionné une méthode qui lui a donné des résultats supérieurs à ceux ordinairement obtenus par d'autres. Aujourd'hui il présente dans un ouvrage les résultats de son expérience personnelle. L'auteur ne donne pas ici un tableau du traitement général de la tuberculose, sur lequel existent des ouvrages nombreux et importants, mais seulement les résultats d'une méthode à laquelle il s'est arrêté, parce qu'elle lui a paru bonne. Après avoir essayé différentes substances, il s'est adressé au baume du Pérou qui est un excellent antituberculeux. Au début, pour atteindre les foyers tuberculeux internes, il fit des injections d'une émulsion de cette substance. Des expériences lui ont montré que les éléments corpusculaires injectés dans la circulation se déposent surtout dans le point où il y a eu antérieurement une inflammation.

On pourrait donc admettre que le baume du Pérou déploierait son action principalement dans les points tuberculeux. C'est ce qui conduisit Landerer à injecter dans les veines une émulsion d'une finesse suffisante, ce qui n'était pas sans difficulté.

Il eut alors recours à l'acide cinnamique sous forme de solutions de cinnamates, après avoir essayé des émulsions avec du jaune d'œuf. L'ouvrage de Landerer a pour but de nous initier aux particularités diverses du traitement qu'il préconise et de montrer comment on adapte ce traitement aux différents incidents de la vie pathologique du tuberculeux. Des expériences nous montrent d'abord l'histologie de l'action de l'acide cinnamique dans la tuberculose, la physiologie du traitement et la théorie de son action.

La technique du traitement est exposée en détails, après quoi l'auteur passe en revue les différentes indications qui se présentent dans la tuberculose pulmonaire et qui résultent de la fièvre, des complications, des hémoptysies, des inflammations diverses, etc.

Le traitement s'applique également à d'autres localisations tuberculeuses, notamment à la tuberculose intestinale et à la péritonite tuberculeuse chronique, à la tuberculose uro-génitale, à la tuberculose des os et des articulations, à la tuberculose des ganglions, de la peau, du cerveau et des méninges.

L'acide cinnamique et en particulier le cinnamate de soude ne peuvent pas passer pour un spécifique contre la tuberculose, mais ils peuvent relever la force de résistance de l'organisme contre la tuberculose, de manière à représenter un agent protecteur contre la tuberculose ; l'acide cinnamique n'a pas d'action immunisante contre la tuberculose, mais il exerce une influence énergique contre cette maladie. Les tuberculoses pulmonaires qui ne sont pas accompagnées de fièvre, ni d'aucune destruction essentielle guérissent en quelques mois sous l'influence du traitement par l'acide cinnamique. Un certain nombre de tuberculoses accompagnées de fièvres et de cavernes ont abouti à la guérison. Plusieurs phtisies galopantes, tuberculoses septiques, ont pu être guéries. Mais l'acide cinnamique qui influence la fièvre tuberculeuse est impuissant contre la fièvre septique. Voilà pour les cas de tuberculose pulmonaire qui sont les plus nombreux. Les autres localisations tuberculeuses sont plus ou moins favorablement influencées par l'acide cinnamique.

Le traitement médicamenteux ne supprime pas la

cure hygiénique dont la cure à l'air libre est le type, Ainsi l'acide cinnamique donne-t-il de meilleurs résultats dans les cas où l'on peut appliquer le traitement hygiénique.

Landerer fait remarquer que le traitement par l'acide cinnamique pratiqué suivant les prescriptions peut être considéré comme inoffensif et pourrait être avantageusement employé dans un but prophylactique chez les individus issus de parents tuberculeux, chez les sujets anémiques et les scrofuleux.

On devra instituer ce traitement aussitôt que possible, dans le but de prévenir le développement des formes graves considérées comme incurables. Les résultats annoncés par Landerer sont confirmés par un nombre fort respectable d'observations qui s'élèvent à 229. Les études anatomo-pathologiques sont appuyées par des microphotographies très intéressantes.

La traduction de M. Alquier est claire, concise et a conservé la physionomie de l'original. Cette traduction intéressera tout médecin désireux de se tenir au courant des tentatives si laborieuses de la thérapeutique contre une maladie aussi meurtrière et aussi répandue que la tuberculose.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Le muscle dilatateur de la pupille chez les mammifères. — Voici les conclusions d'un important travail publié dans les *Annales d'oculistique* par le Dr Ed. GRYNFELTT, chef des travaux d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Il existe réellement un muscle dilatateur de la pupille. En effet, les travaux récents de quelques physiologistes et l'opinion de la plupart des ophtalmologistes permettent de conclure à une dilatation active et non pas seulement passive et élastique de l'ouverture pupillaire.

Le muscle dilatateur est représenté par la membrane de Henle, ou limitante postérieure de l'iris, à laquelle on pourrait, par suite, donner le nom de membrane dilatatrice active.

La membrane dilatatrice présente, chez tous les mammifères que j'ai examinés, la même structure histologique.

Elle est formée par une lame continue fibrillaire non divisible en fibres cellules, d'épaisseur variable suivant les espèces, et présentant ou non des plis radiés, plis musculaires, qui s'enfoncent plus ou moins dans le stroma.

Cette membrane prend avec les diverses substances colorantes que j'ai employées une teinte absolument identique à celle que prennent, sous l'influence des mêmes réactifs, les muscles lisses voisins (sphincter, muscle ciliaire).

En raison de ce caractère et de la contractilité indubitable que lui attribuent les travaux des physiologistes, elle paraît constituer une variété du tissu contractile très voisine d'ailleurs du tissu musculaire lisse proprement dit, dont elle ne diffère que par la fusion en une lame continue de la substance contractile.

La membrane de Henle ne présente jamais de noyaux dans son épaisseur. Ces derniers, ovales, allongés dans le sens radial, se rapprochent des noyaux des fibres lisses sans leur être absolument identiques.

Ils sont situés à la partie postérieure de la membrane et entourés d'une couche de protoplasma plus ou moins abondante qui, dans les iris pigmentés, renferme du pigment. Ces noyaux entourés de pigment répondent aux cellules fusiformes décrites à ce niveau par Schwalbe ; mais loin d'être indépendants de la membrane de Henle, comme le pense cet auteur, ils doivent être rattachés à cette dernière ainsi que le montre le développement.

La membrane dilatatrice apparaît après la naissance (lapin, chat). Elle est formée par le pôle antérieur des cellules épithéliales du feuillet antérieur de la cupule optique, que nous désignons à cause de cela sous le nom de feuillet ou de lame myogène.

La production des fibriles contractiles commence dans les cellules épithéliales bien avant que celles-ci perdent leur forme régulière, et dans les yeux pigmentés, ces fibrilles se forment au milieu même du protoplasma pigmenté. Au fur et à mesure que la production des fibrilles augmente en même temps que leur épaisseur, le protoplasma, pigmenté ou non, est rejeté du côté postérieur des cellules de la lame myogène, tandis que la partie antérieure, différenciée, de ces dernières, se fusionne en une lame continue.

La pigmentation du feuillet postérieur de la vésicule (lame épithélio-pigmentaire) ne s'achève que lorsque le muscle dilatateur est constitué.

Il résulte de cela que la couche pigmentaire postérieure de l'iris est constituée en deux parties :

1° Une assise épithéliale postérieure, lame épithélio-pigmentaire de la vésicule optique ; 2° la partie non différenciée et pigmentée de la lame myogène.

Le muscle dilatateur ne se produit pas sur toute l'étendue du feuillet antérieur. La formation s'arrête à quelque distance du bord pupillaire, ou le feuillet antérieur garde son caractère épithélial primitif. Du côté externe, la formation du dilatateur cesse au sommet de l'angle formé par la face postérieure de l'iris et le corps ciliaire.

Le mode de développement et de connexions que nous venons d'indiquer pour le muscle dilatateur explique aisément un fait sur lequel nous avons insisté, à savoir qu'il ne présente aucune continuité avec les autres muscles de la région (sphincter, muscle ciliaire).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 juin 1899. — Présidence de M. Van Tieghem

Note sur sur la toxicité urinaire chez les enfants et dans l'appendicite en particulier. — MM. Lannelongue et Gaillard. On ne pouvait avoir une appréciation exacte de la toxicité urinaire dans l'appendicite qu'en prenant pour terme de comparaison la toxicité d'une urine normale chez des sujets de même âge, nullement malades et jouissant de leur vie ordinaire. C'est par l'examen de l'urine de dix sujets normaux que nous avons commencé; on a rarement, d'ailleurs, procédé à l'étude de la toxicité urinaire chez les enfants.

Urines normales. Quantités. — Avec A. Gautier (1). Banal (2) et Guiroi (3), nous avons remarqué que l'enfant secrète une fois et même deux et trois fois plus d'urine que l'adulte pour un même poids.

Carron de la Carrière (4) et Moufet ont donné des chiffres qui traduisent les quantités excrétées par kilogramme en vingt-quatre heures, selon les âges :

De 15 mois à 5 ans, 29 cc., 6; de 5 à 10 ans, 27 cc., 6; de 10 à 15 ans, 28 cc., 7.

Nous avons, sur dix enfants de divers âges, obtenu les résultats suivants :

Volume rendu en vingt-quatre heures : de 2 à 4 ans, 700 cc.; de 5 à 7 ans, 830 cc.; de 8 à 10 ans, 1040 cc.; de 11 à 14 ans, 1570 cc. Soit, par kilogramme d'individu : 31 cc. de 2 à 4 ans, 39 cc. de 5 à 7 ans, 43 cc. de 8 à 10 ans, 45 cc., 7 de 11 à 14 ans; et par heure et par kilogramme : 1 cc., 29, 1 cc. 62, 1 cc. 78, 1 cc., 90, aux mêmes âges.

Couleur. — La couleur de l'urine des jeunes sujets est jaune paille et jaune pâle, c'est-à-dire moins jaune que celle de l'adulte. La *densité* a oscillé entre 1016 et 1026; sauf une, toutes étaient *acides*. L'*urée* existe dans l'urine des enfants en proportion très supérieure à celle de l'adulte; Kamerer (1) et Schabanova l'avaient bien établi dans leurs tableaux. Voici d'ailleurs le résultat des analyses faites dans mon laboratoire :

Urée aux divers âges : de 2 à 4 ans, 11 gr. 35, soit 0 gr. 90 par kilogramme; de 5 à 7 ans, 11 gr. 80, soit 0 gr. 73 par kilogramme; de 8 à 10 ans, 13 gr. 95, soit 0 gr. 61 par kilogramme; de 11 à 13 ans, 20 gr. 15, soit 0 gr. 64 par kilogramme.

Urotoxie et coefficient urotoxique chez les enfants sains. — La détermination de l'*urotoxie* pour chaque urine a été faite d'après la même méthode pour les sujets sains et ceux affectés d'appendicite. On injectait préalablement une macération filtrée de deux têtes de sangsues dans 5 cc. d'eau salée stérilisée. Puis on injectait dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin l'urine dont on cherchait l'urotoxie. On avait soin que cette urine pénétrât lentement, avec une même vitesse et une même pression dans tous les cas, jusqu'à la mort de l'animal, qui survenait dans un délai de trois quarts d'heure à une heure environ. On négligeait la température, mais on avait soin de filtrer l'urine avant de l'injecter.

(1) A. Gautier, *Cours de chimie*; Masson, 1892.

(2) Banal, *Recherches biologiques sur l'excrétion urinaire.*

(3) Guiroi, *Urologie du rachitisme.*

(4) Carron de la Carrière et Moufet, *L'urine normale de l'enfance.*

(4) Kamerer, *Der Stoffvechsel der Kinder*, 1893.

L'urotoxie des urines des jeunes sujets est supérieure à celle de l'adulte. Tandis que chez ce dernier 40 cc. à 80 cc. tuent 1 kilogramme de lapin, chez l'enfant, il faut de 62 cc. à 120 cc., suivant l'âge des sujets.

Voici la valeur de l'urotoxie à divers âges : de 2 à 4 ans, 86 cc.; de 5 à 7 ans, 110 cc.; de 8 à 10 ans, 84 cc.; de 11 à 13 ans, 89 cc.

Le nombre des urotoxies, par vingt-quatre heures, inférieur à celui de l'adulte, devient à ces âges respectifs de 8,1 7,1 11,3, 17,2.

Quant au *coefficient u otoxique*, c'est-à-dire quant au nombre d'urotoxies fabriquées par l'unité de poids, il est : de 2 à 4 ans, 0,47; de 5 à 7 ans, 0,44; de 8 à 10 ans, 0,70; de 11 à 13 ans, 0,52; moyenne, 0,533.

Toxicité urinaire dans l'appendicite. — Le cycle appendiculaire ne saurait être fixé, il est même mal défini dans beaucoup de circonstances. Aussi, pour avoir des renseignements de quelque valeur, a-t-il fallu grouper entre eux des faits comparables et qu'on puisse reconnaître en clinique :

1° Dans une première catégorie, nous comprenons les *appendicites aiguës* accompagnées d'un phlegmon péri-appendiculaire, ou, si l'on veut, d'une péritonite circonscrite avec adhérences ou avec une collection purulente en formation. Dans tous les faits de ce groupe, c'était une première attaque à marche franchement aiguë, précédée ou non de phénomènes peu marqués. Le nombre de ces cas est de neuf. Chez presque tous la densité urinaire a augmenté et atteint 1026 et jusqu'à 1030. L'acidité s'est accrue; il y a eu de l'hyperacidité relativement à l'état normal. La quantité des vingt-quatre heures est moindre. Enfin la couleur a pris une grande importance; au lieu d'être pâle, elle est devenue plus pigmentée. La couleur a varié du jaune d'or à un ton ambré qui se trouve le plus généralement.

Certaines urines étaient limpides, d'autres ont laissé déposer une masse spongieuse renfermant de la mucine.

L'urée s'y trouve en proportions notablement plus fortes; la différence peut varier du simple au double. Voici quelques exemples suivant les âges. Urines normales : 5 à 7 ans, 11 gr. 8; 8 à 10 ans, 13 gr. 90; 11 à 14 ans, 20 gr. 15. Urines d'appendicite aiguë : 5 à 7 ans, 23 gr. 9; 8 à 10 ans, 23 grammes; 11 à 13 ans, 34 grammes.

La valeur de l'urotoxie ainsi que le coefficient urotoxique varient aussi dans de grandes proportions et la comparaison avec l'état normal est frappante. Nous donnerons la moyenne suivant les trois âges précédents, car nous n'avons pas rencontré d'appendicite aiguë avant l'âge de 5 ans :

De 5 à 7 ans, moyenne 27 cc.; de 8 à 10 ans, moyenne 39 cc.; de 11 à 14 ans, moyenne 21 cc. Or, les moyennes d'urines normales sont de 110 cc., de 5 à 7 ans; de 84 cc., de 8 à 10 ans; de 89 cc., de 11 à 14 ans. La toxicité est donc trois fois plus grande dans le groupe d'appendicites aiguës.

Le coefficient urotoxique comparé à celui de l'état normal donne les chiffres suivants :

De 5 à 7 ans : urine normale 0 cc. 44; urine d'appendicite 2 cc. 18. De 8 à 10 ans : urine normale 0 cc. 70; urine d'appendicite 1 cc. 25. De 11 à 14 ans : urine normale 0 cc. 52; urine d'appendicite 1 cc. 31. Moyenne du coefficient des urines normales 0 cc. 533; moyenne du coefficient des urines d'appendicite aiguë 1 cc. 58.

Seconde catégorie. — Appendicites froides opérées ou sur le point de l'être, c'est-à-dire alors que les phénomènes généraux et toute réaction locale ont disparu; cinq examens ont lieu.

Lorsque la recherche de la toxicité et l'analyse des urines ont été faites le jour même de l'opération, et cela a eu lieu deux fois, le choc opératoire a eu pour conséquence l'augmentation de l'urine et des résidus secs.

La densité s'est élevée à 1030. Mais dans les jours qui ont suivi ou encore dans un cas d'appendicite tout à fait froide et non opérée, la toxicité urinaire s'affaiblit en se rapprochant de l'état normal.

Ainsi on voit que la valeur de l'urotoxie s'élevait dans ces cas divers à 52 cc., 59 cc., 88 cc., chiffres qui se rapprochent de la moyenne normale. Un examen ayant eu lieu vingt jours après une opération à froid chez un enfant de 9 ans a donné 102 cc. comme valeur urotoxique et le coefficient urotoxique a été égal à 0 cc. 48.

Troisième groupe. Appendicites avec péritonite généralisée. — Nos recherches n'ont porté que sur deux cas, sur deux enfants de 11 ans et 11 ans et demi.

Dans les deux cas, l'urine de densité plus élevée 1024 et 1026, de couleur foncée, contenant beaucoup d'indican, a donné comme valeur urotoxique 20 cc. et 24 cc., chiffres beaucoup plus élevés que dans les cas des groupes précédents. Les coefficients urotoxiques ont été de 1,18 et 0,92. Ces faits veulent dire que la quantité d'urine pour tuer 1 kg. de lapin est quatre fois moindre qu'à l'état normal, dans les cas de péritonite généralisée.

Tels sont les faits expérimentaux. Si l'on en cherche l'interprétation on est vite embarrassé. La vraie cause de la toxicité urinaire n'est pas encore déterminée : en effet, ni l'urée, ni l'ammoniaque, ni l'acide urique, ni les sels minéraux, ni ceux de potasse en particulier (Bouchard) (1), ni les matières colorantes (Mairet et Bosc) (2) ne peuvent être invoqués comme cause exclusive de la toxicité. Celle-ci semble résulter de l'association de divers éléments anormaux ou normaux qui, excrétés en plus grande quantité, donnent à l'urine une densité plus élevée, une coloration plus foncée, un poids de matières extractives supérieur à la normale.

La couleur paraît surtout, chez les enfants du moins, en proportion directe de la toxicité. On peut à cet égard ranger les urines des sujets atteints d'appendicites aiguës en *jaune doré*, *jaune ambré* et *ambré*, la couleur normale étant le *jaune pâle* chez les enfants sains. A chacune de ces variétés d'urine correspond une toxicité qui va en progressant. Ainsi, urines jaune pâle : de 5 à 7 ans, 45 cc.; de 8 à 10 ans, 39 cc. Urines jaune doré : de 5 à 7 ans, 52 cc. et 23 cc.; de 8 à 10 ans, 25 cc.; de 10 à 14 ans, 19 cc., 57 cc, et 62 cc. Urines jaune ambré : de 5 à 7 ans, 30 cc.; de 10 à 14 ans, 23 cc. Urines ambrées : 31 cc. et 30 cc.

Conclusions. — Chez l'enfant normal la toxicité urinaire est inférieure à celle de l'adulte. Une urotoxie équivaut à un nombre de centimètres cubes variant entre 75 cc. et 115 cc.; elle est de 102 cc. en moyenne d'après nos expériences; la moyenne du coefficient urotoxique est de 0 cc.,533.

(1) Bouchard. *La nutrition envisagée au point de vue médical* (*Semaine médicale*, 13 mars 1895).

(2) Mairet et Bosc. *De la toxicité de l'urine normale et pathologique* ; Paris, 1891.

Les urines de l'enfant atteint d'appendicite aiguë sont beaucoup plus toxiques que les urines normales ; la valeur de l'urotoxie varie de 19 à 50, moyenne 32, c'est-à-dire trois fois plus forte environ que chez un sujet sain. De même la densité, la couleur, la somme des matières extractives sont différentes de l'état normal ; tous ces éléments figurent en plus grande quantité dans l'urine pathologique et tous contribuent à lui donner une part de sa toxicité.

Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets thérapeutiques du sérum antidiphtérique. — M. S. Arloing. Le 25 avril 1898, nous faisions connaître à l'Académie des Sciences que, après l'introduction simultanée de la toxine diphtérique et du sérum antidiphtérique dans l'organisme, l'action neutralisante du sérum était plus ou moins complète suivant le mode choisi pour l'administration de ce dernier.

On peut, en effet, adopter plusieurs modes d'administration : par exemple, le sérum et la toxine, mélangés *in vitro*, sont ensuite injectés en un point du tissu conjonctif sous-cutané, ou bien la toxine étant introduite sous la peau, le sérum est injecté soit dans un autre point du tissu conjonctif, soit dans le sang veineux. Si le sérum est injecté dans le sang, l'action antitoxique est aussi complète que s'il avait été mélangé préalablement à la toxine en proportions convenables ; s'il est injecté séparément en un autre point du tissu conjonctif, il supprime bien la plus grande partie des effets généraux de la toxine, mais il laisse s'établir des effets nécrosants locaux plus ou moins considérables.

Dans la présente Note, nous nous proposons d'examiner les mêmes phénomènes dans d'autres conditions. Au lieu d'opposer le sérum à la toxine immédiatement après l'introduction de cette dernière, nous laissons s'écouler un temps plus ou moins long, de manière à simuler plus exactement un traitement curatif.

Nos expériences ont été faites sur le chien et sur le cobaye. Hâtons-nous d'ajouter que le chien est l'animal qui convient le mieux à ce genre de recherches.

De ces expériences, nous tirons les conclusions suivantes:

1° Le sérum antidiphtérique exerce une action thérapeutique qui dépend en partie de la voie choisie pour l'introduire dans l'organisme ;

2° Chez le chien la voie sanguine est supérieure, sous ce rapport, à la voie conjonctive; chez le cobaye, la voie conjonctive est supérieure à la voie péritonéale.

Reste à chercher le déterminisme de ces différences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1899. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend : 1° un pli cacheté adressé par le Dr Fouquet (du Caire) intitulé : Note sur un mode d'immunisation et de traitement contre la peste ; 2° un pli cacheté adressé par M. Pugens, pharmacien, sur l'emploi du sesqui-chlorure de silicium dans le traitement de certaines affections microbiennes.

Traitement chirurgical de certains pieds bots paralytiques par la greffe anastomotique tendineuse ou musculaire. — M. Richelot fait un rapport sur un travail de MM. Péraire et Mally. Les auteurs choisissent les pieds bots consécutifs à la paralysie infantile et dans lesquels le seul

élément est la paralysie. Ils tentent la suppléance du muscle dégénéré en l'anastomosant avec un muscle sain. Une incision de la peau conduit sur le tendon du muscle paralysé. On dédouble ce tendon en y taillant une sorte de lanière convenablement orientée, puis cette lanière est suturée à une lanière semblable disséquée sur le tendon d'un muscle sain du voisinage dont les fonctions ne sont pas antagonistes du muscle dégénéré. Le pied est immobilisé en position correcte dans un appareil plâtré et au bout de quinze jours au maximum l'enfant peut commencer à marcher.

Il ne faut tenter la suppléance que des muscles complétement dégénérés; d'autre part; il faut ne recourir à l'anastomose que s'il reste un certain nombre de muscles sains. L'opération n'est donc bonne que dans les paralysies à la fois incurables et incomplètes, mais dans ces cas elle paraît préférable à la ténotomie et permet d'éviter, dans la grande majorité des cas, les résections étendues du squelette du pied.

Eaux minérales. — M. Henriot fait un rapport dans lequel il propose d'autoriser la vente, en France, de l'eau de Lerico (Tyrol), eau très arsenicale, mais en émettant le vœu que la vente en soit réservée aux pharmaciens français.

M. Bouchardat montre les dangers de laisser libre la vente d'une eau très chargée d'arsenic; MM. Gautier, Reclus, Moissan parlent dans le même sens et la question est renvoyée à la commission des eaux minérales.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Sur 74 votants, majorité 38, M. Hutinel est élu par 64 voix contre 4 données à M. Du Castel, 2 à M. Sevestre et 4 à M. Bardet.

De l'action thérapeutique des courants de haute fréquence dans l'arthritisme. — M. Apostoli vient compléter, avec la collaboration de son assistant A. Laquerrière, les conclusions des deux notes qu'il a déjà publiées (en 1895 et 1897) sur l'action thérapeutique des courants de haute fréquence qui corrobore les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval.

Il apporte la justification de trois épreuves différentes et parallèles qui se fortifient mutuellement :

A. — Epreuve clinique. Elle repose sur l'examen de 913 malades qui ont subi au total (tant à sa clinique que dans son cabinet) 24,371 applications, tant générales que locales, des courants de haute fréquence depuis janvier 1894 jusqu'à juin 1899.

Cette épreuve clinique s'accuse d'une façon à peu près constante par les résultats symptomatiques suivants :

Restauration progressive de l'état général;

Relèvement des forces et de l'énergie;

Réveil de l'appétit;

Meilleur sommeil;

Meilleure digestion;

Réapparition de la gaieté, de la résistance au travail et de la facilité pour la marche.

B. — Epreuve chimique. L'examen des urines fait par M. Berlioz sur 469 malades, et répété 1,038 fois depuis 1894, démontre que, sous l'unique influence des courants de haute fréquence, on observe les modifications principales suivantes dans l'émission des excreta urinaires :

Amélioration de la diurèse et élimination plus facile des excreta;

Suractivité plus grande des combustions organiques;

Tendance du rapport de l'acide urique à l'urée à se rapprocher de la moyenne normale, c'est-à-dire de 1/40e.

C. — Epreuve hémato-spectroscopique d'après la méthode du Dr Hénocque. Faite par le Dr Tripet, depuis un an, sur 112 malades de la clinique du Dr Apostoli, elle a été répétée 200 fois.

Cette épreuve corrobore les réponses cliniques et chimiques précédentes et démontre l'action puissante de ces courants sur l'activité de la nutrition qu'ils stimulent et régularisent à la fois.

Cet examen repose sur le double témoignage du dosage comparatif, avant, pendant et après le traitement électrique, de la proportion centésimale de l'oxy-hémoglobine et de son activité de réduction.

Si l'on utilise les courants de haute fréquence dans la thérapeutique des diverses manifestations pathologiques de l'arthritisme, voici les résultats généraux et sommaires que nous pouvons enregistrer aujourd'hui sous la seule influence des applications générales et locales, associées ou administrées isolément :

1° Généralement nuisibles et contre-indiqués dans le *rhumatisme aigu*, ils peuvent quelquefois être favorables dans l'état *subaigu*, et sont très efficaces dans la plupart des formes *chroniques* du rhumatisme ;

2° Ils peuvent très notablement améliorer l'état des *goutteux*, mais ils sont capables de provoquer, dans certains cas, au début de leur application, l'explosion d'un accès aigu;

3° Ils paraissent donner de bons résultats contre la *migraine* en prévenant quelquefois son retour périodique;

4° Ils sont une arme puissante contre certaines *névralgies arthritiques* (sciatique) par l'action éloignée, préventive et curative à la fois, des applications générales ;

5° Leur action préventive peut s'exercer favorablement sur diverses *lithiases* dont ils arrêtent ou retardent parfois l'évolution ;

6° Les *varices* peuvent bénéficier des modifications dynamiques qu'ils impriment à la circulation périphérique;

7° Les *hémorroïdes* sont également justiciables soit de l'action secondaire des applications générales, soit de l'action directe, intra-rectale, des applications locales;

8° La *constipation* et la *dyspepsie* liées à l'atonie gastrique ou intestinale sont souvent utilement amendées par cette même médication.

9° L'*eczéma* est largement et immédiatement tributaire de l'effluvation par les hautes fréquences, comme il l'est, d'autre part, de l'effluvation statique et retire également des applications générales les meilleurs bénéfices préventifs.

10° Les *troubles respiratoires dyspnéïques*, comme on les observe chez les *asthmatiques*, peuvent être utilement modifiés;

11° Les *congestions vasculaires* diverses qui sont sous la dépendance de l'arthritisme peuvent bénéficier de ce même traitement.

12° La *neurasthénie arthritique* est souvent curable par les hautes fréquences, tandis que la neurasthénie hystérique relève avant tout de la *statique*.

13° Ce même traitement peut être utile dans certains troubles liés à l'*artério-sclérose* ;

14° Sans action directe constante pour provoquer l'amaigrissement, le courant de haute fréquence, en régularisant le taux de la nutrition générale, peut enrayer ou combattre avantageusement l'*obésité chez les arthritiques*.

En résumé, le Dr Apostoli pense que, si le courant statique reste par excellence le mode électrique le plus actif contre les états hystériques, le courant de haute fréquence, sans être une panacée applicable à tous les cas indistinctement, est très efficace contre les principales manifestations pathologiques de l'*arthritisme*.

C'est avant tout un médicament de la cellule et un modificateur puissant de la nutrition générale qu'il peut activer et régulariser en même temps.

Vomissements hystériques incoercibles et crises cataleptiques concomitantes jugulés par procédé hystéroclasique à l'aide de la compression permanente du point cardiaque ou de points hystéroclasiques de même énergie. — M. Clozier (de Beauvais) fait une communication qui se résume dans le titre ci-dessus.

Les vacances de l'Académie. — Pendant la séance, l'Académie s'est formée en comité secret pour discuter la question des vacances de l'Académie. Il a été décidé que cette année l'Académie prendrait six semaines de vacances, elle ne se réunira pas entre le mardi 1er août et le mardi 19 septembre. Dans cet intervalle, une commission permanente se tiendra à la disposition du gouvernement.

A 4 h. 50, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juin 1899. — Présidence de M. Raymond.

Mort subite dans un cas de confusion mentale avec surcharge graisseuse du cœur. — MM. Roubinovitch et Hirschberg. Une femme de trente-deux ans, obèse, sans hérédité neuro ou psycho-pathique, a présenté, à dix-sept ans, un accès de troubles psychiques qui a duré près de trois semaines et qui était caractérisé par une exaltation maniaque avec préoccupations mystiques et métaphysiques suivie d'une phase dépressive avec tristesse et abattement. Mariée à vingt-sept ans, elle devint enceinte à trente et un ans. La grossesse et l'accouchement évoluèrent normalement.

Cette femme allaitait son enfant quand, au cinquième mois, on vit à la partie inférieure du sein gauche, dans le voisinage du mamelon, une plaque rouge, douloureuse au toucher. Une insomnie tenace se déclare à ce moment ; la femme devient irritable, passe ses nuits à examiner toute sorte de problèmes philosophiques et religieux. Peu après elle franchit nettement la frontière de la folie et présente pendant quarante-huit heures un délire de grandeur, mêlé d'idées de persécution ; puis elle verse dans la confusion mentale. Quelques jours après, dans un bain, se produit l'ouverture spontanée d'un abcès du sein situé au niveau de l'endroit où s'était montrée la plaque de rougeur. L'état mental reste le même et, deux jours après, la malade meurt presque subitement au milieu d'une grande agitation.

A l'autopsie on constate un abcès phlegmoneux du sein gauche. Le cœur présente une surcharge graisseuse considérable ; le tissu adipeux s'étend sur toute la surface de cet organe et pénètre aussi dans la profondeur, le long des cloisons connectives. L'aorte et les autres gros vaisseaux ne présentaient aucune altération. La pie-mère est congestionnée mais nullement adhérente. La substance cérébrale, examinée macroscopiquement, a paru normale.

En résumé, infection par abcès phlegmoneux du sein, profondément situé, progressant d'une façon insidieuse ; puis troubles psychiques intimement liés à cette infection débutant par l'insomnie, la malade puisant les éléments du futur délire dans les rêvasserie nocturnes ; existence, pendant quarante-huit heures, d'un délire en apparence systématisé et simplement prodromique de la confusion mentale avec de nombreuses illusions sensorielles. Ce qui a rendu à notre avis la situation particulièrement grave, c'est l'évolution parallèle d'une affection cardiaque. Cette affection, probablement ancienne, pendant longtemps compensée, ne s'est jamais révélée à l'examen sthétoscopique.

La surcharge graisseuse du cœur, que l'autopsie a révélée et qui a causé la mort subite de cette femme, a sans doute acquis une gravité insolite sous l'influence de l'infection septique générale.

M. Merklen a observé deux morts subites, attribuables à une surcharge adipeuse du cœur. M. Brouardel a vu plusieurs fois des morts subites, chez des jeunes obèses de moins de vingt ans, survenir sans autre cause appréciable qu'une surcharge adipeuse du cœur. Quant à la dégénérescence graisseuse des fibres cardiaques, on sait, depuis les recherches de M. Letulle, combien elle est rare.

Abcès sous-cortical du cerveau. — M. Hirtz communique un cas d'abcès du cerveau sous-cortical consécutif à un traumatisme sans lésion du cuir chevelu et des os du crâne.

Le malade, âgé de vingt et un ans, avait reçu, le 19 janvier, de nombreux coups de bâton sur la tête. Guérison rapide apparente. Le 17 février, épilepsie jacksonienne de tout le côté droit. Le 25 février, apparition d'une paralysie du bras droit. Le 1er mars, M. Faure trépane au niveau de la région rolandique supérieure gauche et trouve un abcès sous-cortical gros comme une noix. Drainage de l'abcès. Guérison.

Il est utile d'appeler l'attention sur les particularités suivantes :

1° L'abcès était sous-cortical et ne put être diagnostiqué que grâce à une ponction exploratrice.

2° Une énorme congestion veineuse et l'absence de battements du cerveau avaient conduit M. Faure au diagnostic d'abcès sous-cortical. Cette absence de battements semble avoir, en pareil cas, une réelle valeur diagnostique.

3° Le pus renfermait des bâtonnets grêles ne prenant pas le Gram ; les cultures aérobies et anaérobies restèrent stériles.

Causes de l'urémie convulsive. — MM. Guinon et Ribierre. Nous venons de suivre un malade, dont l'observation confirme l'opinion de Vidal, pour qui l'urémie convulsive ne serait d'ordinaire qu'une vraie épilepsie réveillée par l'auto-intoxication brightique. Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, apporté à l'hôpital en pleine crise convulsive épileptiforme suivie de coma. Les urines émises pendant la crise contenaient des flots d'albumine. Nous pensâmes que ce cas était une urémie convulsive légitime, uni-

quement sous la dépendance de l'urémie. Or, les jours suivants, nous apprîmes que le malade avait eu dans son enfance des attaques d'épilepsie. Par contre nous avons rencontré tout récemment un saturnin, sans antécédents spéciaux, qui eut dans nos salles une urémie convulsive des plus nettes et qui guérit. Donc, là, comme partout, la prédisposition nerveuse est un élément important mais non nécessaire.

Adénite iliaque et phlegmatia du membre inférieur consécutives au chancre mou. — M. Galliard. Un homme de quarante-cinq ans, précédemment atteint de rhumatisme polyarticulaire, soigné depuis quelques jours pour des névralgies crurales, éprouve en se levant, le 8 mai, une douleur très violente à la cuisse gauche. Le membre inférieur gauche est immobilisé par la souffrance.

Le 9 mai, je constate une tuméfaction douloureuse de la racine des membres, et dans la fosse iliaque, une tumeur ganglionnaire. Pas de bubon inguinal. Il y a deux chancres mous du gland et du prépuce : ce sont eux qui expliquent l'adénopathie iliaque. Bientôt la phlébite passe de l'iliaque externe à la fémorale et aux grosses veines du membre inférieur. Pas de fièvre.

Cette phlébite évolua en une quinzaine de jours; à partir du 25 mai, elle rétrocéda en même temps que le paquet ganglionnaire diminuait lentement de volume. Aujourd'hui la guérison est presque complète.

Paralysie générale infantile ayant simulé l'idiotie. — MM. Toulouse et Marchand. Une enfant se développa normalement jusqu'à l'âge de dix ans ; elle put apprendre à lire et à écrire et parut même intelligente. A partir de cet âge elle présenta de l'affaiblissement de la mémoire et du jugement, et une véritable rétrogradation physique et intellectuelle qui la fit ressembler à une idiote. A l'âge de quinze ans elle fut placée dans les asiles avec ce diagnostic.

A son entrée dans le service, elle présenta de l'embarras de la parole, du tremblement avec exagération des réflexes, de l'inégalité pupillaire, des attaques épileptiformes, un amaigrissement rapide avec gâtisme. Elle mourut quelques mois après, et après la mort on constata les lésions ordinaires de la paralysie générale

Ce fait montre, ainsi que l'avait entrevu M. Bourneville, que la paralysie générale peut survenir dans l'enfance où elle prend le masque de l'idiotie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 juin 1899. — Présidence de M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4. Le procès verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels ; *Revue nosographique des arthrites chroniques*, par le professeur Massalongo, de Vérone.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Richelot, remerciant la Société de l'avoir nommé vice-président. — Lettre du maire de Jallais (Maine-et-Loire) demandant dix tubes de vaccin. Le secrétaire général a transmis la lettre à l'Académie de médecine, la véritable destinataire. — Lettre de M. Hugues, de Saïda, annonçant qu'il quitte l'Algérie pour se fixer aux Arcs (Var), et réclamant le Bulletin de 1898. Avis à M. l'archiviste. — Lettre du Dr Déjardin, secrétaire du comité d'érection du monument Duchenne de Boulogne, demandant si la Société veut voter une subvention en faveur de ce monument. En voici la substance :

Boulogne-sur-Mer, 18 juin 1899.

« Monsieur et cher confrère,

« Un comité ayant à sa tête M. le Dr Hamy, membre de l'Institut, et M. le Dr Aigre, maire de la ville de Boulogne, s'est formé dans le but d'élever un monument à Duchenne, de Boulogne, dans sa ville natale.

« Devant les témoignages d'admiration que l'Europe savante n'a pas ménagés à la mémoire de Duchenne, à l'occasion de l'érection du monument de la Salpétrière, théâtre de ses patientes et fécondes recherches, ses concitoyens croient de leur devoir de rendre hommage à celui qui les a honorés en édifiant presque à lui seul tout un vaste chapitre de la pathologie nerveuse, et en créant de toutes pièces l'électrothérapie.

« Le comité d'érection vient donc vous prier, Monsieur et cher confrère, de vouloir bien proposer à votre Société de voter une subvention en faveur de ce monument.

« Notre œuvre a un caractère national, car si certains travaux de Duchenne ont été admirés à l'étranger avant d'être prisés en France, nous espérons que tous ceux qui ont souci du bon renom de la science française se joindront à nous pour prouver que la France n'oublie pas ses savants. »

La Société consultée vote la somme de 100 francs et délègue son secrétaire général pour la représenter à la cérémonie du 21 septembre 1899.

M. le Président. — Une décision inattendue a privé notre cher collègue, M. Ladreit de Lacharrière, de ses fonctions à l'Institut des sourds-muets. Je crois être l'interprète de tous les membres de la Société en envoyant à notre collègue le témoignage de notre sympathie et de la reconnaissance inébranlable de la Société de médecine de Paris. (*Assentiment unanime*).

M. de Beauvais vient de recevoir de la Société d'encouragement au bien une couronne civique, en remerciement de son dévouement. La Société de médecine de Paris tient à témoigner à son collègue la joie qu'elle éprouve de cette distinction rare et méritée.

M. Suarez de Mendoza lit son travail de candidature au titulariat : *Note sur le traitement des obstructions de la trompe d'Eustache.*

M. le Président nomme une commission composée de MM. Castex, Martha et Ladreit de Lacharrière, rapporteur.

Rapport sur la communication de M. Albert Loup, candidat au titre de membre associé résidant. — M. Sibut. Notre excellent président, sous le patronage respecté duquel je veux mettre ces lignes, a bien voulu me désigner à l'honneur de vous présenter le rapport sur la candidature de mon ami Loup, professeur à l'école nationale dentaire, au titre de membre associé résidant de notre Société. C'est vous dire le plaisir très vif que je vais avoir, Messieurs, à vous faire l'éloge du clinicien qui aujourd'hui sollicite vos suffrages.

Il ne m'appartient pas, Messieurs, de critiquer, voire même d'analyser la communication que Loup vous a faite à la dernière séance, je serais certainement inférieur à la

tâche.Je préfère, à l'occasion de la candidature de M. Loup, dire beaucoup de bien de l'art dentaire dont on a dit beaucoup de mal, et qui, grâce à l'habileté consciencieuse avec laquelle il a fait siennes les idées d'antisepsie et d'anatomie pathologique, d'embryologie et de pathologie comparée, bases de la médecine actuelle,a conquis une si légitime part à l'attention du monde scientifique.

On a trop eu jusqu'à ces dernières années, malheureusement et pour les malades et pour nous,l'habitude funeste sur les bancs de l'Ecole de médecine de considérer comme peu dignes d'une étude soutenue et d'une attention exacte les problèmes cependant si intéressants de la dentition. La poussée, le développement, les maladies essentielles et secondaires des dents et de leurs annexes étaient peu étudiés, si ce n'est complètement abandonnés. Et cependant nous n'ignorons pas combien la dentition a de rapport avec les affections générales tant chez l'enfant que chez l'adulte. La première dentition comme la dentition définitive est impressionnée par les maladies générales, par les grandes dyscrasies, par les grands troubles de l'alimentation de l'organisme, et très souvent un diabète, par exemple, ne se révèle d'abord aux malades que par des accidents dentaires. N'y aurait-il pas une relation entre les différentes infections dentaires et le terrible épithélioma du maxillaire ? Et que dire des renseignements fournis au médecin dans bien des cas difficiles par les lésions dentaires héréditaires ?

Il faut aussi se rappeler les questions médico-légales qui ne se peuvent éclairer que par l'étude des maladies de la dent, de la gencive et de leurs annexes. Une loi nouvelle va bientôt être promulguée qui modifiera profondément les rapports entre le capital et le travail, et la responsabilité des patrons envers l'ouvrier. Combien souvent l'expérience médicale ne sera-t-elle pas invoquée par un tribunal arbitral ou non, pour éclairer sa religion dans un conflit en dommages entre employeur et employé ? Tel ouvrier qui souffrira des dents (névralgie dentaire, suppuration de divers types, sinusite, ostéite, déterminant chez lui une incapacité de travail plus ou moins durable, sera-t-il en droit de réclamer à son patron une indemnité plus ou moins considérable,voire même une pension, en soutenant que les manipulations des matières premières et les conditions hygiéniques ou chimiques de son travail ont déterminé chez lui la maladie faciale dont il souffre et qui le rend incapable ? N'est-ce pas à l'art dentaire qu'il faudra faire appel pour décider en dernière analyse ?

L'art dentaire ne saurait plus maintenant être considéré, grâce aux travaux considérables de Magitot et des maîtres de ce siècle, grâce aux découvertes quotidiennes de l'Ecole nationale dentaire dans laquelle professe Loup, grâce à la perfection minutieuse à laquelle les dentistes d'aujourd'hui ont atteint, et qu'ils veulent encore dépasser, autrement que comme une branche importante de l'art médical. A n'en pas douter les dentistes sont maintenant des médecins, médecins spécialistes dont le domaine est immense. Déjà beaucoup d'entre eux sont docteurs des Facultés de médecine, ils font donc partie de la grande famille d'Esculape. Et notamment je sais que le plus vif désir de notre candidat d'aujourd'hui est de conquérir son diplôme de docteur.

Je veux vous dire quelques titres scientifiques de M. Loup.

Albert Loup, chirurgien dentiste de la Faculté de Paris, diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris (Lauréat, session d'octobre, 1888); ancien préparateur de physique, 89-90; ancien démonstrateur de dentisterie opératoire, 90-91; chef de clinique (concours 91); professeur suppléant de clinique des maladies de la bouche et des dents (concours 97); ancien secrétaire général de la Société d'odontologie de Paris.

Communications scientifiques :

1. Présentation d'une fontaine pompe à salive (Congrès dentaire de Paris, 89).
2. De la tolérance des tissus osseux pour les corps étrangers (Société d'odontologie, 91).
3. Etude sur l'étiologie des accidents causés par la dent de sagesse (Société d'odont., 92).
4. Présentation d'un nouvel émail à haute température (Société d'odont., 93).
5. De l'infection dentaire (Soc. d'odont., 95).
6. De l'action des antiseptiques (Soc. d'odont., 95.
7. De la teinture d'iode dans le prurit gingival des enfants (Soc. d'odont., 95).
8. De la douleur de dentition et son traitement (Congrès de chirurgie dentaire de Bordeaux, 95). (Travail porté pour la médaille d'or).
9. Présentation d'un injecteur automatique d'antiseptiques avec chauffeur d'eau (Cong. de Bordeaux et Soc. d'odont., 95.
10. De l'huile d'olive stérilisée comme anesthésique local (Soc. d'odont., 95).
11. Nouvel appareil de redressement des dents à levier (Soc. d'odont. et Cong. de Bordeaux, 95).
12. Contribution à l'étude de la greffe dentaire. Rapporteur au Congrès de chirurgie dentaire de Nancy, 96.

Voilà donc bien des motifs militant scientifiquement en faveur de l'admission du professeur de l'Ecole nationale dentaire Loup dans notre Société. Permettez-moi de vous parler maintenant de l'homme. La tâche, pour être moins sévère, n'en sera pas moins intéressante; elle sera encore plus agréable pour moi.

Albert Loup est de ceux si rares de nos jours qui ne doivent leur élévation qu'à eux-mêmes. Il s'est créé lui-même et a été le seul artisan de sa fortune clinique. Ce fut un peu contre la volonté paternelle qu'il apprit l'art dentaire, tout en sachant lutter honorablement pour l'existenee quotidienne ; sa vie n'a été qu'un combat de chaque minute contre la mauvaise fortune et l'impuissance souvent définitive, malgré leurs qualités, de ceux qui ont bourse plate. Sa ténacité intelligente et sa valeur laborieuse ont su triompher de tous les obstacles.

La conclusion de ces quelques lignes, indignes du sujet, mais suffisantes, je l'espère, à vous assurer dans l'estime que vous aviez d'Albert Loup, en entendant ou en lisant sa communication de l'autre samedi sur les accidents consécutifs aux dents à la pulpe morte, vous la donnerez, Messieurs, en accueillant A. Loup, professeur à l'Ecole nationale dentaire, comme membre associé résidant à l'unanimité de vos suffrages.

M. Jullien appuie les conclusions du rapport de M. Sibut : M. Loup sera une recrue qui ne pourra que faire honneur à la Société.

Les conclusions du rapport sont adoptées; le vote aura lieu à la prochaine séance.

M. Roubinowitch lit une communication *sur le diagnostic*

d'une déviation douteuse de la colonne vertébrale dans un cas de rachitisme avec urticaire dermographique. (V. ci-dessus, p. 403.)

M. Jullien demande quel était l'état du système musculaire de cette enfant et quel fut le traitement.

M. Roubinowitch dit que l'examen électrique du système musculaire n'a pas été fait et qu'au reste ce système devait être intact; comme traitement, M. Montalescot a prescrit le corset et une cure à Saint Trojan.

M. Jullien a demandé des détails sur le système musculaire, parce que les Suédois ont montré l'influence des altérations musculaires sur les déviations osseuses et il se demande si, dans ce cas de déviation commençante, le massage n'eût pas été supérieur à la thérapeutique employée.

M. Dhomont lit une note *sur une tumeur ulcérée du sein, de diagnostic difficile.* (V. ci-dessus, p. 401).

M. Polaillon dit que le cas de M. Dhomont est une rareté, mais que son diagnostic lui paraît parfaitement justifié. Pour son compte, il a observé trois cas de gommes tuberculeuses du sein. L'an dernier, il a observé un cas qui avait tout à fait l'aspect d'un squirrhe du sein et qui était néanmoins une gomme, comme l'a montré l'inoculation à des cobayes, lesquels devinrent tuberculeux.

Comme l'aspect de peau d'orange que présente la peau peut aussi bien être vu dans la mammite que dans le squirrhe et dans la gomme, dans les cas douteux on ne saurait en faire un signe pathognomonique de l'une de ces trois affections. Quand l'ulcération s'est produite, le diagnostic est peut-être un peu plus aisé, mais ce n'est pas l'aspect de la plaie ou de ses bords qui peut le rendre indiscutable. Le seul procédé est l'inoculation du sécrétum. Si les animaux deviennent tuberculeux, la question est résolue ; s'ils ne le deviennent pas, la lésion peut être squirrhe ou mammite. Dans la mammite, sous l'induration il y a souvent un très petit abcès; aussi la ponction peut éclaircir la question ; si la seringue se remplit d'un liquide séropurulent, la lésion est de la mammite.

Pour ce qui est de la thérapeutique, l'intervention chirurgicale lui paraît la règle, car on a tout intérêt, même pour une lésion tuberculeuse, à la gratter et à l'enlever au lieu de la laisser suppurer un temps infini.

M. Jullien voudrait qu'en outre des moyens de diagnostic signalés par M. Polaillon, on usât de l'injection de calomel.

M. Dubuc demande à M. Jullien s'il croit que l'injection de calomel peut avoir une influence favorable sur une gomme tuberculeuse.

M. Antonelli croit que le calomel peut réussir; des lupiques ont été guéris par ce moyen, peut-être parce que nombre de lupiques sont des hérédo-syphilitiques, ainsi qu'il l'a constaté par l'examen du fond de l'œil.

M. Polaillon reconnaît que, même dans l'épithélioma, l'injection de calomel peut amener une amélioration, mais cela n'est que passager.

M. Jullien rappelle un cas de M. Fournier qui était un véritable hybride : la lésion syphilitique guérit par le calomel et l'épithélioma resta. Pour les lupus tuberculeux, des cas non douteux de guérison par le calomel ont été rapportés.

A propos d'un point secondaire de la communication de M. Dhomont, il annonce qu'il parlera la prochaine fois des interventions conservatrices dans la tuberculose des organes génitaux.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Un des secrétaires annuels, Dr E. Albert-Weil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 24 avril 1899. — Présidence de M. Richardière.

Après lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance, M. Boissier remet aux membres présents un Extrait du Bulletin des Sociétés médicales d'arrondissement relatant les incidents soulevés par la création d'un Congrès de déontologie médicale en 1900.

L'hospitalisation des malades aisés et l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens. — M. Thierry s'excuse du retard apporté à la communication qu'il va faire, communication qu'il avait annoncée depuis longtemps, et que des circonstances, indépendantes de sa volonté, ont successivement reculée.

Il rappelle les articles qu'il a faits et les protestations qu'il a élevées depuis quelque temps déjà, contre l'invasion des hôpitaux et des consultations gratuites qui en dépendent par des malades aisés et même riches. C'est pour commencer à combattre cet abus que, comme remède provisoire, il fit afficher dans son service que la consultation était réservée aux seuls malades *indigents* et *nécessiteux*, mesure qui fut autorisée par M. Napias, mais qui ne pourra avoir son plein effet que si elle émane directement de l'Assistance Publique et par suite est généralisée à tous les hôpitaux. En ce qui le concerne, M. Thierry put ainsi plusieurs fois refuser ses soins et ses avis à des consultants aisés qui s'adressèrent alors aux praticiens auxquels ils auraient dû avoir recours tout d'abord. Malheureusement des malades riches, venant en grand nombre de province, trouvaient très facilement accès jusqu'ici, grâce à des subterfuges ou à des influences, dans des services de nos hôpitaux parisiens où, moyennant 5 francs par jour, ils étaient opérés et soignés, alors qu'ils auraient pu facilement faire face à la dépense d'une opération chez eux. M. Thierry donne à ce sujet lecture d'une lettre du Dr Fresse relatant un cas typique de cet abus.

Heureusement une récente lettre circulaire du Directeur de l'Assistance Publique, lettre dont M. Thierry donne lecture, vient d'apporter un commencement de remède à cet état de choses, en décrétant que sauf de très rares exceptions fortement motivées, les lits des hôpitaux de Paris seront réservés désormais aux seuls indigents du département de la Seine.

Cette réforme importante aurait dû ne pas passer, comme cela s'est produit, presque inaperçue et des ordres du jour des Sociétés médicales auraient dû venir en consacrer l'importance et en approuver l'initiative.

La profession médicale, qui traverse en ce moment une phase critique, a en effet besoin d'être relevée par de semblables réformes et aussi par un réveil d'activité défensive de la part des médecins eux-mêmes et de leurs groupements, trop enclins à abandonner la lutte et à laisser faire ceux qui empiètent peu à peu sur leurs privilèges : rebouteurs, sages-femmes, pharmaciens, médecins eux-mêmes.

Nombreux en effet sont les *rebouteurs* qui attirent chez eux, par des réclames habilement présentées ou par une philanthropie feinte, une clientèle nombreuse qu'ils enlèvent aux médecins et dont ils retirent un bénéfice considérable. M. Thierry cite à ce sujet deux exemples, pris parmi

beaucoup d'autres, de l'audace de ces rebouteurs et du mal qu'ils font aux malades avec des remèdes souvent nuisibles ou des emplâtres tels que celui dont un spécimen, présenté à la Société et vendu dans une feuille de chou, devait amener la guérison d'un phlegmon du bras.

Nombreuses aussi sont les *sages-femmes* qui donnent des consultations de gynécologie, font des pansements et des opérations et sortent le plus possible du champ d'action que la loi leur a dévolu.

M. Thierry pense même que les *médecins* qui donnent des consultations gratuites aux malades aisés, qui leur ouvrent des cliniques gratuites, font un grand tort à leurs confrères et entretiennent l'abus que l'on veut justement faire disparaître des hôpitaux. Il blâme aussi les consultations que certains confrères donnent dans l'officine des pharmaciens ou celles non moins gratuites pour la forme que d'autres confrères donnent par correspondance dans certains journaux, même médicaux. Ce sont là heureusement de rares exceptions dans le corps médical.

Parmi les *pharmaciens* enfin, dont beaucoup, très honorables, sont dignes de toute la considération du corps médical et par suite doivent être mis hors de cause, se trouvent des concurrents quelquefois déloyaux des médecins. A côté des pharmaciens qui reçoivent par hasard un malade indigent et qui, d'urgence, lui donnent un médicament ou lui font un pansement provisoire (toutes choses non répréhensibles) s'en trouvent quelques-uns qui donnent couramment des consultations médicales gratuites, mais dont ils retrouvent l'abondante rémunération dans les médicaments qu'ils vendent à ceux qui sont venus les consulter. M. Thierry qui, depuis quelque temps, fait une statistique à ce sujet et qui possède déjà 74 dossiers accusateurs, a constaté que parmi les malades se présentant à l'hôpital, plus d'un sur deux a eu recours au pharmacien avant de venir trouver le médecin et cela non seulement pour panser d'urgence des plaies ou arrêter des malaises, mais encore pour soigner des affections nécessitant de la part du pharmacien soit des examens approfondis et délicats, soit de petites opérations.

M. Thierry trouve que les Sociétés médicales devraient prendre l'initiative de chercher un remède à cet état de choses et de combattre par un moyen quelconque le grand tort qui est fait ainsi à la profession médicale ; il est certain, du reste, que les nombreux pharmaciens consciencieux seraient les premiers à se joindre aux médecins, pour combattre ceux qui discréditent leur profession.

M. Tison constate aussi que l'ingérence de certains pharmaciens dans le domaine de la médecine est très grave et fait tous les jours des progrès, mais il pense qu'elle est bien facilitée et encouragée par le public, qui cherche à s'éviter la dépense d'une consultation médicale et qui même, chez certains pharmaciens, peut marchander le médicament. Pour cette raison, M. Tison pense que le médecin ne devrait pas combattre directement le pharmacien fautif mais plutôt pousser le malade lésé à protester lui-même, chose il est vrai souvent difficile, mais amenant toujours une sanction plus importante comme le prouvent, par exemple certains procès pour vente illicite de morphine et où des pharmaciens eurent jusqu'à 12 000 francs de dommages et intérêts à payer. Le médecin apporterait son appui à de semblables poursuites en certifiant le dommage causé. M. Tison pense que des associations comme les syndicats médicaux sont spécialement indiquées pour donner l'exemple et l'initiative de pareils mouvements de défensive, concernant non seulement l'exercice illégal de la médecine, mais aussi la substitution de produits quelconques aux produits ordonnés, actes non moins préjudiciables au public et que le conseil supérieur de l'Ecole de pharmacie est du reste le premier à poursuivre.

M. Péchin constate que le dossier très complet présenté par M. Thierry serait très facile à augmenter encore et qu'il n'est pas besoin de chercher des moyens de défense, mais seulement de savoir et vouloir se servir des lois existantes qui permettent de poursuivre et de combattre l'exercice illégal de la médecine.

M. Richardière pense que les textes de lois sont au contraire pas assez sévères ou trop faciles à tourner, car les rebouteurs sont déjà bien difficiles à faire condamner et les pharmaciens fautifs sont encore bien moins facilement passibles d'une condamnation.

M. Péchin trouve qu'il faudrait alors modifier la loi si cela est nécessaire, pour lui donner plus de force et rendre sa sanction plus redoutable. Il tient en effet de source certaine que certains rebouteurs viennent régler à époque fixe leur *contravention habituelle* à la justice avec laquelle ils se considèrent par suite comme parfaitement en règle.

M. Richardière constate aussi l'indulgence et la faiblesse de beaucoup de magistrats pour les rebouteurs.

M. Boissier sait que M. Planchon, au nom du Conseil supérieur de l'école de pharmacie, a souvent beaucoup de mal à faire poursuivre et condamner des pharmaciens fautifs, mais qui ne sont malheureusement reconnus coupables par les magistrats que lorsqu'ils ont fourni une substance toxique.

M. Thierry pense que si les pharmaciens fautifs peuvent souvent échapper à l'accusation d'exercice frauduleux de la pharmacie, ils échapperaient moins facilement à celle nettement formulée et prouvée d'exercice illégal de la médecine.

M. Tison constate que le gros public a pris l'habitude maintenant de s'adresser souvent et tout d'abord aux pharmaciens. Ne pourrait-on donc pas s'entendre amicalement avec ceux-ci pour qu'ils renvoient au médecin le malade qui vient ainsi le consulter. Ce serait ainsi empêcher le si mauvais exemple qui est donné, dès le début de la carrière, aux élèves en pharmacie, car ceux-ci, alors qu'ils ne sont encore que stagiaires dans les officines, apprennent déjà souvent et pratiquent ce mépris de la loi et par suite trouvent tout naturel, lorsque plus tard ils s'établissent eux mêmes, une façon d'agir qu'ils eussent, sans cela, évité de mettre en pratique.

M. Thierry pense que si les médecins se plaignent de l'encombrement de la profession, ils en pâtiraient certainement moins s'ils avaient comme clients tous les malades que leur prennent certains pharmacienst

M. Richardière trouve que, si tout cela est juste, en revanche le remède efficace à cet état de choses est bien difficile à trouver.

M. Verchère constate le grand intérêt de la question soulevée par M. Thierry et tient à exposer certaines idées personnelles relativement aux deux points soulevés : l'hospitalisation des malades aisés et l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens.

En ce qui concerne le premier point, M. Napias paraît en avoir trouvé la solution par les dispositions de sa circulaire, mais M. Verchère a peur que les médecins et chirurgiens des hôpitaux n'en tiennent pas grand compte en ce qui concerne le service des consultations qui ne leur donne pas grand'peine, fait connaître leur nom et contente facilement bien des gens.

Il n'en est pas de même pour l'admission à l'hôpital dans un lit que nous tous, contribuables, payons pour des indigents et qui ne doit pas être attribué par suite pour rien ou presque rien à des malades aisés qui croient avoir le droit de choisir leur chirurgien et leur hôpital en fondant ce droit sur les 5 francs par jour qu'ils payent et qui leur permettent de dire : « Je ne suis pas traité comme indigent, puisque je paye ». Cette catégorie de malades était malheureusement jusqu'ici fort nombreuse dans les services hospitaliers.

Il convient donc de remercier M. Napias de sa récente circulaire et de l'encourager dans la voie de réformes où il est entré et qui nous fait prévoir la solution prochaine et conforme à nos désirs de la question de l'hospitalisation des malades aisés.

Malheureusement la question d'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens nous laisse beaucoup plus désarmés. En ce qui concerne les rebouteurs, M. Verchère signale tout le mal qu'ils font et a été récemment appelé à témoigner en justice contre un de ceux-ci, le curé de Sens, condamné du reste depuis, et dont les victimes ont été très nombreuses.

Malheureusement les rebouteurs sont difficilement atteints, malgré le mal qu'ils font, d'abord parce qu'il faudrait que le malade, leur victime, se plaignit lui-même et poursuivit, et que rarement il l'ose, parce qu'il faudrait en outre que plusieurs victimes s'adressassent ensemble à la justice, un cas isolé ne suffisant pas, le plus souvent, parce qu'en outre le rebouteur agit quelquefois sous le couvert d'un médecin, ce qui le rend peu attaquable. Enfin combien de rebouteurs se rendent invulnérables en ne faisant jamais d'ordonnances, en feignant même de donner leurs médicaments gratuitement sous couleur de charité, alors qu'ils savent bien faire reconnaître pécuniairement et d'une façon détournée et sûre leurs petits services.

M. Verchère ne voit rien à reprocher aux cliniques gratuites créées souvent, il est vrai, dans un but de réclame personnelle, mais rachetant cela le plus souvent par leur utilité philanthropique.

Quant à la question de l'exercice illégal de la médecine par certains pharmaciens, M. Verchère pense qu'il est presque impossible de lutter contre eux, car les malades qui devraient nous aider dans cette lutte et nous apporter leurs témoignages ont souvent intérêt, par mesure économique ou autre, à favoriser ce que nous combattons.

M. Thierry tient à préciser, pour répondre à certaines objections de M. Verchère, qu'avec le système hospitalier actuel le public ne sait plus quel médecin il va consulter, la consultation gratuite étant faite par des assistants dont le nom n'est pas affiché, et par suite le mobile du choix du médecin ne pourrait plus être invoqué pour légitimer l'accès de malades aisés à la consultation.

De même c'est maintenant un chirurgien de consultation qui reçoit les malades du chirurgien titulaire d'un service, celui-ci n'ayant plus dès lors qu'une influence très relative sur l'entrée des malades dans son service.

M. Thierry trouve enfin que les rebouteurs ne sont pas si invulnérables que M. Verchère le pense, que l'on pourrait souvent les poursuivre, mais que l'on s'en soucie peu. L'exemple de médecins et de syndicats, principalement de province, ayant fait condamner des rebouteure est là pour donner l'exemple que la chose est possible et encourager les hésitants.

C'est pourquoi M. Thierry se plaint du fatalisme de beaucoup de médecins qui n'osent pas assez s'attaquer à leurs ennemis et il pense que les Sociétés médicales d'arrondissement, qui sont une force, devraient prendre l'initiative du mouvement défensif et offensif.

M. Dromain est d'avis que la question en discussion a, pour les médecins, un intérêt trop immédiat pour que la communication de M. Thierry ne reçoive pas une conclusion pratique et sérieuse. Il propose donc de présenter la question et surtout de mieux faire connaître la circulaire de M. Napias au Conseil général des Sociétés d'arrondissement et de laisser cette question à l'ordre du jour de la Société, ce qui est adopté.

Le secrétaire de séance,
Dr G. Ancelet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juin 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Traitement des hémorrhoïdes. — M. Potherat. Les procédés qui ont été proposés pour la guérison des hémorrhoïdes ont tous donné de bons résultats. En les combinant, en les modifiant j'ai pu arriver à une synthèse qui supprime quelques inconvénients et ajoute quelques avantages. C'est donc à mon procédé que je m'en tiendrai.

M. Poirier. J'ai eu dernièrement l'occasion de voir un rétrécissement survenir un mois après l'ablation circulaire d'un gros bourrelet hémorrhoïdaire, d'où je conclus à la nécessité de conserver des points cutano-muqueux.

M. Nimier. J'ai dernièrement pu examiner deux malades atteints de même de rétrécissement de l'anus à la suite de l'ablation des hémorrhoïdes après suture.

M. Tillaux. La cause de ces rétrécissements tient à ce que l'on entame la peau dans la dissection des hémorrhoïdes.

M. Tuffier. La question me paraît plus simple. La suturre suppure ou ne suppure pas. Si l'on suppure on court le risque d'un rétrécissement.

M. Poirier. Je n'ai jamais pu obtenir une réunion sans aucune suppuration.

M. Pozzi. De la je conclus à l'adoption d'un procédé plus simple qui ne donne pas le danger d'accident, à l'igni puncture.

M. Monod. Il me paraît résulter de cette discussion que le Whitehead a perdu quelques-uns de ses partisans et il ne devient par sa difficulté qu'un procédé d'exception.

De tout ce que l'on a dit nous trouvons que tous les procédés sont bons et que tous donnent d'excellents résultats.

Difformité causée par une luxation et une fracture de la clavicule, guérie par une résection de cet os. — M. Richelot fait un rapport sur une observation de M. Monestier.

Par une incision verticale faite sur le tiers externe de la clavicule, M. Monestier put enlever le tiers interne de la

clavicule. La guérison se fit merveilleusement au point de vue fonctionnel et au point de vue esthétique.

Traitement des hématocèles. — M. Reynier. J'ai cherché à montrer les dangers de la voie vaginale dans l'ouverture des hématocèles et mes collègues ne voulaient de la laparatomie que pour les cas de grossesse extra-utérine.

Or, je crois qu'il n'y a que la laparotomie qui peut permettre, dans les deux cas, de mener à bien l'opération de l'hématocèle.

Dans une première observation, l'incision vaginale d'une hématocèle donna une telle quantité de sang que je dus, d'urgence, faire la laparotomie et que, reportée exsangue dans son lit, la malade ne dut de vivre qu'à des injections journalières de près de 4 litres de sérum.

Chez une seconde malade que l'on m'avait présentée comme ayant fait quelques jours avant une fausse-couche, pensant que j'avais affaire à une suppuration du ligament, je me contentai d'inciser la poche. A ce moment, un jet de sang considérable sortit et me réduisit à metre rapidement une pince sur les artères utéro-ovariennes. La malade était exsangue, je dus laisser des pinces à demeure et faire immédiatement des injections intra-veineuses . Elle eut la chance de guérir.

Je voudrais que nos collègues viennent aussi nous dire les accidents qu'ils ont eus et qui nous doivent rendre prudents dans nos déterminations à prendre contre les hématocèles rétro-utérines. F. Verchère.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour une place d'accoucheur. Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Brindeau.

Distinctions universitaires. — Officiers de l'instruction publique. Sont nommés : MM. les Drs Jablonski, médecin du lycée et des écoles normales de Poitiers, médecin-inspecteur des écoles ; Roland, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Officier d'académie. — Est nommé M. le Dr Cibiel, conseiller général à Lusignan.

O'Dwyer et Bouchut. — Un comité de plus de 40 médecins, représentant seize sociétés médicales de la ville de New-York, y compris les deux écoles de médecine, s'est constitué en vue d'honorer la mémoire de Joseph O'Dwyer. Le Comité, sous la présidence du Dr Geo. F.Shrady, a proposé de créer deux places de *Fellows en pédiatrie d'O'Dwyer* appointés avec le revenu d'une somme de 30 000 dollars (150 000 francs), qu'on demandera à une souscription internationale.

Une commission de cinq membres examinera les titres des candidats et désignera les titulaires pour une période de deux années.

O'Dwyer est le promoteur en Amérique du tubage du larynx et les Américains font très bien de l'honorer ainsi, mais l'inventeur du tubage est Bouchut, dont la mémoire attend toujours qu'on lui rende justice, qui ne fut jamais professeur et pas même académicien. Le conseil municipal de Paris ferait assurément une chose sage et méritoire s'il donnait à une rue, dans le voisinage de l'un des hôpitaux d'enfants que l'on construit actuellement, le nom d'un homme qui a tant fait pour la pathologie infantile.

Faculté de médecine de Paris. — *Prix de la Faculté de médecine pour l'année scolaire de* 1898-99. — Tous les mémoires doivent être déposés au secrétariat, avant le 15 octobre, sans nom d'auteur, mais avec une devise.

Prix Corvisart (méd. de vermeil et 400 fr.). — Question : « De la péritonite des cirrhotiques ».

Prix Montyon. 700 fr. — A l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Prix Barbier. 2.000 fr. — A la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Prix Chateauvillard. 2.000 fr. — Au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente.

Legs du Baron de Trémont. 1.000 fr. — En faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au secrétariat. Ils devront produire : 1° une demande ; 2° les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher. 1.200. — Destiné à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que les frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais.

Déposer au secrétariat de la Faculté, avant le 1er septembre : 1° une demande ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître la situation de fortune et celle de leur famille ; 3° un document authentique établissant la nationalité française ou polonaise.

Prix Lacaze. 10.000 fr. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, au meilleur ouvrage sur la « phtisie » et sur la « fièvre typhoïde » (alternativement).

A la fin de l'année de 1900 il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la « phtisie ».

Legs Jeunesse. — 1.500 fr. au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène ; 750 fr. au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

En 1899 les deux prix seront attribués.

Prix J. Saintour. 3.000 fr. — Question : « De l'insuffisance hépatique ».

Prix Béhier. 1.800 fr. — Question : « Des hémorrhagies des muqueuses et de la peau dans les maladies du foie ».

Prix Charles Legroux. 300 fr. — Au meilleur travail sur le « diabète, ses causes et son traitement ».

Ce prix sera attribué en 1902.

Legs Barkow. 3.000 fr. — Pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable.

Faire la demande avant le 1er septembre.

Legs Pellerin.— Même but ; même condition ; en outre, appartenir à une famille domiciliée à Paris depuis cinq ans au moins.

Thèses récompensées. — Sont seules admises au concours, les thèses ayant obtenu les notes extrêmement satisfait et très satisfiait.

Pour les bourses du doctorat en médecine, les bourses municipales, les bourses d'études, de voyages, la gratuité,

les exonérations, se renseigner au secrétariat de la Faculté.

Lycée d'Annecy. — M. le Dr Gaillard est nommé médecin dudit Lycée.

Congrès français de médecine. — 5e session. Lille, 28 juillet 1899. Secrétariat général : Dr F. Combemale, 128, boulevard de la Liberté. Programme général du Congrès. — Vendredi 28 juillet. 10 heures du matin. Séance d'ouverture au Palais-Rameau. — 2 heures du soir. Discussion de la première question : des myocardites (rapporteurs (MM. les professeurs Huchard, de l'Académie de médecine ; Renaut, de Lyon). — 9 heures du soir. Réception par le Comité d'honneur du Congrès au Palais-Rameau.

Samedi 29 juillet. 9 heures du matin. Suite de la discussion de la première question et questions diverses. — 2 heures du soir. — Discussion de la deuxième question : adénies et leucémies (rapporteurs : MM. les professeurs Denys,de Louvain; Sabrazès, de Bordeaux). — 7 heures du soir. — Banquet par souscription au Palais-Rameau.

Dimanche 30 juillet. Excursion à Saint-Amand-les-Eaux : Départ à 9 heures du matin : déjeuner offert par l'Etablissement; retour à Lille, à 6 heures du soir. — 9 heures du soir : Soirée de gala offerte par la municipalité au Conservatoire de musique.

Lundi 31 juillet. 9 heures du matin. Visite aux établissements hospitaliers, aux Facultés, à l'Institut Pasteur. — 2 heures du soir. Discussion de la troisième question : de l'accoutumance aux médicaments (rapporteurs : MM. les professeurs Simon, de Nancy ; Heymans, de Gand).

Mardi 1er août. 9 heures du matin. Suite de la discussion de la troisième question et communications diverses. — 2 heures du soir. Communications diverses.— 5 heures du soir. — Séance générale de clôture. — 9 heures du soir. Réception par le Président du Congrès.

Mercredi 2 août. Excursion aux mines de Lens : déjeuner offert par l'administration des mines. Excursion à Dunkerque et au Sanatorium de Saint Pol-sur-Mer : déjeuner offert par M. Vancauwenberghe, directeur du Conseil d'administration; promenade en mer.

Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale en 1900 à Paris. — M. le professeur Grasset de (Montpellier), chargé de présenter à ce Congrès un rapport sur la *déontologie médicale*, serait heureux de recevoir de ses confrères, des syndicats et des diverses sociétés médicales de France et de l'étranger, leurs avis, conseils et tous renseignements pouvant l'aider à rédiger le rapport, destiné à servir de thème aux délibérations du Congrès.

Pour être utilisés, ces documents devront parvenir à M. le professeur Grasset (6, rue J.-J. Rousseau, Montpellier), avant le 1er septembre 1899.

Société de Neurologie. — La Société de Neurologie a été fondée, à Paris, le 8 juin 1899.

Elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux.

Elle se compose de membres titulaires et de membres correspondants nationaux et étrangers.

La Société de Neurologie se réunit en séances publiques, le *premier jeudi de chaque mois* (excepté les mois d'Août, Septembre et Octobre), *à la Faculté de médecine, salle des Thèses, n° 2, à 9 heures 1/2 du matin.*

Des communications et présentations de malades ou de pièces sont faites par les membres de la Société.

Des communications et présentations de malades ou de pièces peuvent être faites par des personnes étrangères à la Société ; elles doivent être annoncées au moins huit jours à l'avance au bureau qui donne, s'il y a lieu, l'autorisation nécessaire.

La durée de chaque communication ne doit pas excéder un quart d'heure ; sa longueur ne peut dépasser une page d'impression.

La *Revue neurologique*, organe officiel de la Société, publie, le 15 de chaque mois, les Bulletions des séances.

Composition du Bureau :

Président.....	MM. Joffroy.
Vice-président.....	Raymond.
Secrétaire général..	Pierre Marie.
Secrétaire des séances	Henry Meige.
Trésorier.....	Souques.

Membres titulaires fondateurs :

MM. Achard ; Babinski; Ballet; Brissaud; Dejerine; Dupré (E.); Gilles de la Tourette ; Gombault; Klippel ; Parinaud ; Parmentier; Paul Richer.

La première séance publique aura lieu le *jeudi 6 juillet* 1899.

Ordre du jour :

1. Allocution de M. le professeur Joffroy.
2. M. le professeur Raymond : Un cas de surdité verbale pure.
3. M. le Dr Babinski : Du phénomène des orteils dans l'épilepsie.
4. M. le Dr Souques : Un cas de méralgie paresthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané.
5. M. le professeur Brissaud : Claudication intermittente douloureuse.
6. M. le Dr Déjerine.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du Dr Barrault (Pierre-Ernest), médecin en chef de l'infirmerie centrale des prisons de Paris et de la petite Roquette, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 23 juin à l'âge de 60 ans. Barrault a été pendant longtemps directeur de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* où il écrivait régulièrement sous le pseudonyme d'*Alter*, des feuilletons pleins de bon sens et très remarqués. Le diabète avait obligé depuis quelque temps ce très sympathique confrère à abandonner une clientèle qui avait été très nombreuse et qui lui était très attachée. — Le Dr Morin, d'Aix-en-Othe (Aube), reçu en 1891. — Le Dr Emile Duval, directeur de la *Médecine contemporaine* où il traitait surtout des questions d'hydrothérapie, vient de mourir à l'âge de 74 ans. — Le Dr Nory (Charles-Albert),ancien maire de Sainte-Suzanne (Mayenne), vice-président du Conseil d'arrondissement de Laval, vient de mourir à l'âge de 46 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*